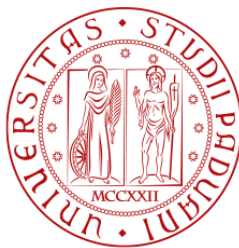


1222 · 2022
800
ANNI



UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI
DI PADOVA

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

Dipartimento di Medicina

Scuola di Medicina e Chirurgia

CORSO DI LAUREA IN INFERMIERISTICA

Tesi di Laurea

**PROMUOVERE L'AUTOCURA IN PAZIENTI AFFETTI
DA SCOMPENSO CARDIACO A DOMICILIO**

Relatore: Prof. Corso Michele

Laureando: Fofe Yemelong Arnold

Matricola: 1193203

ANNO ACCADEMICO 2021-2022

INDICE

ABSTRACT	pag. 3
1. INTRODUZIONE	pag. 5
1.1 Definizione	pag. 6
1.2 Epidemiologia	pag. 8
1.3 Eziologia	pag. 9
1.4 Sintomatologia	pag. 10
1.5 Interventi di promozione dell'autocura in pazienti con SC	pag. 11
2. MATERIALE E METODI	pag. 15
2.1 Obiettivo	pag. 15
2.2 Quesito di ricerca	pag. 15
2.3 Fonte dei dati	pag. 16
2.4 Criteri di inclusione	pag. 16
3. RISULTATI DELLA RICERCA	pag. 17
4. DISCUSSIONE	pag. 29
4.1 Limiti della ricerca	pag. 29
4.2 Implicazione per la pratica infermieristica	pag. 30
5. CONCLUSIONE	pag. 31
BIBLIOGRAFIA	
ALLEGATI	

ABSTRACT

Introduzione: Lo scompenso cardiaco rappresenta la prima causa di ricovero in ospedale negli ultrasessantacinquenni, anche per questo è considerato un problema di salute pubblica di enorme rilievo. A soffrire di scompenso cardiaco in Italia sono circa 1.000.000 di persone ogni anno e si stima che la sua prevalenza raddoppi a ogni decade di età (dopo i 65 anni arriva al 10% circa). È una patologia che incide sulla qualità di vita delle persone che ne sono affette. Per migliorare l'aspettativa di vita di questi pazienti, li si sottopone ad interventi educativi di promozione dell'autocura.

Obiettivo: La revisione di letteratura condotta si è posta come obiettivo di identificare e valutare l'efficacia degli interventi educativi di promozione dell'autocura in pazienti affetti da scompenso cardiaco a domicilio.

Materiale e metodi: È stata effettuata una revisione di letteratura consultando libri di testo quali "Brunner-Suddarth (infermieristica medico-chirurgica)" "Trattato di Medicina e Infermieristica (Anna Brugnoli)" "Harrison Principi di Medicina Interna (Fauci, Braunwald, Kasper, Hauser, Longo, Jameson, Loscalzo)" e banche dati quali Pubmed, Medline, Cochrane library, Cinahl. Selezionandoci studi pubblicati negli ultimi 10 anni che coinvolgevano pazienti con scompenso cardiaco sottoposti ad interventi di educazione all'autocura a domicilio.

Risultati: La ricerca ha prodotto un totale di 279 studi, i quali sono stati analizzati secondo i criteri di inclusione ed esclusione. Successivamente solo 5 articoli sono stati introdotti nella revisione di letteratura. Dall'analisi degli studi selezionati emerge che i pazienti sottoposti ad interventi educativi di promozione dell'autocura (mediante materiale didattico di educazione all'autocura, colloquio motivazionale, follow-up telefonico, visite domiciliari di controllo) hanno riportato miglioramento significativo non solo della loro capacità di autocura in termini di mantenimento dell'autocura, gestione dell'autocura e self-care confidence, ma anche della loro qualità di vita in termini di riduzione della gravità dei sintomi, interferenze sociali, condizioni psicologiche e autoefficacia.

Conclusion: Gli interventi educativi di promozione dell'autocura in pazienti con SC a domicilio risultano quindi efficaci in quanto permettono di migliorare la capacità di autocura dei pazienti ad essi sottoposti.

Key Words: "heart failure patient", "improve self-care", "self-care education", "quality of life"

1 INTRODUZIONE

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) definisce l'autocura come la capacità degli individui, delle famiglie e delle comunità di promuovere la salute, prevenire le malattie, mantenere il benessere e far fronte a malattie e disabilità con o senza il supporto di un operatore sanitario. (1) L'autocura è essenziale nella gestione a lungo termine dell'insufficienza cardiaca cronica. Le linee guida sull'insufficienza cardiaca sottolineano l'importanza dell'educazione del paziente sull'aderenza al trattamento, sul cambiamento dello stile di vita, sul monitoraggio dei sintomi e sulla risposta adeguata al possibile deterioramento. L'autocura è correlata agli esiti medici e centrata sulla persona in pazienti con insufficienza cardiaca, come una migliore qualità della vita, nonché tassi di mortalità e riammissioni ospedaliere minori. Sebbene le linee guida forniscano indicazioni generali per i consigli di autocura, gli operatori sanitari che lavorano con pazienti con insufficienza cardiaca necessitano di raccomandazioni più specifiche. Lo scopo delle raccomandazioni sulla gestione è di fornire consigli pratici per gli operatori sanitari che forniscono assistenza ai pazienti con insufficienza cardiaca. Raccomandazioni per l'alimentazione, l'attività fisica, l'aderenza ai farmaci, lo stato psicologico, il sonno, tempo libero e viaggi, fumo, vaccinazione prevenzione delle infezioni, monitoraggio e gestione dei sintomi sono coerenti con le informazioni nelle linee guida, evidenze recenti e opinione degli esperti.

Gli interventi di autocura sono tra i nuovi approcci più promettenti ed entusiasmanti per migliorare la salute e il benessere, sia dal punto di vista dei sistemi sanitari che per le persone che utilizzano questi interventi. Rappresentano una spinta significativa verso una maggiore autoefficacia e autonomia nella salute formati dai tre concetti chiavi:

- (i) mantenimento della cura di sé (ad es. assunzione o regolazione dei farmaci come prescritto, attività fisica e adesione a una dieta sana)
- (ii) monitoraggio dell'autocura (es. pesatura regolare)
- (iii) gestione dell'autocura (es. modifica della dose di diuretici in risposta ai sintomi). (3)

Alla dimissione l'autocura è uno degli obiettivi educativi fondamentali da raggiungere per prevenire a lungo termine l'insorgenza di episodi acuti, con lo scopo di raggiungere

una miglior qualità di vita, nonché tassi di mortalità e riammissioni ospedaliere minori avvalendosi delle raccomandazioni degli operatori sanitari.

Questa revisione di letteratura si propone di identificare e valutare l'efficacia degli interventi educativi di promozione dell'autocura in pazienti affetti da scompenso cardiaco a domicilio nello scopo di migliorare il loro comportamento e capacità di autocura nonché la loro qualità di vita.

1.1 Definizione

Lo scompenso cardiaco (SC) ancora chiamato insufficienza cardiaca (heart failure in inglese), è una sindrome clinica che si verifica quando un'anomalia, ereditaria o acquisita della funzione cardiaca, fa sì che il cuore non sia più in grado di pompare sangue in quantità sufficiente a soddisfare i bisogni metabolici dell'organismo, con sviluppo di sintomi (dispnea e affaticamento) e segni (edema e rantoli) che sono causa di scadimento della qualità di vita, frequenti ospedalizzazioni e ridotta aspettativa di vita. (5) La New York Heart Failure Association (NYHA) riconosce 4 stadi di SC, classificati in base all'attività fisica consentita dalla patologia e la comparsa dei sintomi (vedere tabella 1). (6)

In passato sono state utilizzate varie definizioni per lo scompenso cardiaco che tuttavia sottolineavano solo una o alcune caratteristiche di questa sindrome complessa, come ad esempio l'aspetto emodinamico, il consumo di ossigeno o la capacità di svolgere esercizio fisico. Più recentemente si è focalizzata maggiormente l'attenzione sulla presenza dei segni e dei sintomi clinici di ritenzione idrica secondari ad alterazioni strutturali e/o funzionali del cuore. Oggi lo scompenso cardiaco è definito clinicamente una sindrome nella quale i pazienti presentano sintomi tipici come dispnea da sforzo e/o a riposo, astenia, segni di ritenzione di liquidi come i rantoli polmonari, edema e anomalie cardiache strutturali e funzionali in grado di spiegare questi sintomi e segni.

La terminologia utilizzata per descrivere lo scompenso cardiaco si basa classicamente sulla misurazione della frazione di eiezione (FE), che è il rapporto percentuale tra quantità di sangue espulsa durante la sistole (gettata sistolica, normalmente circa 80 ml) e il volume

di sangue contenuto nel ventricolo sinistro alla fine della diastole (volume telediastolico, circa 130 ml). La FE normale è uguale a $67\% \pm 8$. Una FE significativamente ridotta ($<40\%$) documenta che il ventricolo sinistro non riesce a contrarsi in maniera adeguata a garantire il necessario apporto di sangue ossigenato ai tessuti periferici e quindi è indice di un'alterata funzione del ventricolo durante la sistole (disfunzione sistolica o scompenso cardiaco con FE ridotta). Altre volte il ventricolo sinistro ha una FE normale ($\geq 50\%$) ma non si riempie in modo adeguato a causa della rigidità della sua parete (disfunzione diastolica) oppure per inadeguato afflusso attraverso una valvola mitralica danneggiata. Il risultato è un insufficiente apporto di sangue ossigenato al circolo periferico nonostante una FE conservata (scompenso cardiaco con FE preservata). Pazienti con FE compresa tra 36% e 49% rappresentano un'area grigia e probabilmente hanno una disfunzione sistolica lieve. (5) Sebbene bassi valori di frazione di eiezione siano indicativi della gravità dello SC, questo si basa soprattutto sui sintomi accusati dall'assistito. (6)

Tabella 1: Classificazione dello SC secondo la NYHA

Classe	Sintomi	Prognosi
I	L'attività fisica abituale non è causa di astenia, dispnea, palpitazioni, dolore toracico. Assenza di congestione polmonare o di ipotensione arteriosa. L'assistito è asintomatico. Di solito non ci sono limitazioni delle attività di vita quotidiana.	Buona
II	Modeste limitazioni delle attività di vita quotidiana. L'assistito è asintomatico in condizioni di riposo, ma una modesta attività fisica causa l'insorgenza dei sintomi. Talvolta si rivelano crepitii alla base dei polmoni e un tono cardiaco T3.	Buona
III	Notevoli limitazioni delle attività di vita quotidiana. L'assistito è asintomatico in	Discreta

	condizioni di riposo, ma una normale attività fisica causa l'insorgenza dei sintomi.	
IV	Sono presenti sintomi dello SC in condizioni di riposo	Scarsa

1.2 Epidemiologia

Nei paesi sviluppati, l'incidenza dello SC aggiustata per età può essere in calo, riflettendo presumibilmente una migliore gestione delle malattie cardiovascolari, ma a causa dell'invecchiamento, l'incidenza complessiva è in aumento. L'incidenza dello SC in Europa è di circa 3/1000 persone all'anno (tutte le fasce d'età) o circa 5/1000 persone all'anno negli adulti. La prevalenza dello SC sembra essere dall'1% al 2% degli adulti. Poiché gli studi di solito includono solo casi di scompenso cardiaco riconosciuti/diagnosticati, è probabile che la vera prevalenza sia superiore. La prevalenza aumenta con l'età: da circa l'1% per quelli di età <55 anni a >10% in quelli di età pari o superiore a 70 anni. (4) In Italia, lo scompenso cardiaco è inquadrato come una patologia a larga prevalenza nella popolazione generale (2%-3%, pari ad oltre 1.000.000 di pazienti ogni anno), ancor più se consideriamo un campione di pazienti in età avanzata (10%- 20% nell'intervallo 70-80 anni). I tassi di ospedalizzazione del Ministero della salute per scompenso cardiaco vedono circa 200.000 ricoveri/anno con una lieve prevalenza femminile e, nonostante l'evolversi delle terapie farmacologiche, la prognosi rimane infausta con una mortalità che tocca il 50% a 2 anni nei soggetti con scompenso cardiaco avanzato, ed un tasso di re-ospedalizzazione ad un anno del 31,2%. A ciò consegue un costo unitario per anno per paziente di circa 11.000 euro, di cui l'85% per il ricovero (1,4%-2% della spesa complessiva del SSN). (2)

1.3 Eziologia

Qualsiasi condizione che causa un'alterazione della struttura o della funzione del ventricolo sinistro predispone il paziente allo sviluppo di scompenso cardiaco. La malattia coronarica è la causa iniziale più frequente di scompenso cardiaco, essendo presente in circa

il 70% di questi pazienti. L'ipertensione contribuisce a sua volta allo sviluppo della malattia nel 75% dei pazienti, molti dei quali hanno anche una cardiopatia ischemica. Diabete mellito e dislipidemia aumentano il rischio di infarto miocardico. Nel 20%– 30% dei casi di scompenso cardiaco a FE depressa l'eziologia non è nota. In questi casi si parla di pazienti affetti da miocardiopatia non ischemica, dilatativa o idiopatica. Anche precedenti infezioni virali (coxsackievirus, adenovirus, o influenza virus) o l'esposizione a tossine (ad esempio, alcool o chemioterapici) possono causare una miocardiopatia dilatativa. (5)

L'ipertensione sistemica o polmonare aumenta il post carico (resistenze all'espulsione di sangue dal cuore), aumentando quindi il lavoro cardiaco e conducendo a ipertrofia delle fibre muscolari cardiache. Questo può essere considerato un meccanismo compensatorio, in quanto aumenta la contrattilità cardiaca, tuttavia l'ipertrofia può ridurre la capacità del cuore di riempirsi a sufficienza durante la diastole e il ventricolo ipertrofico può andare incontro a insufficienza. Lo scompenso cardiaco può essere causato da valvulopatie. Le valvole assicurano il flusso monodirezionale del sangue. In caso di disfunzione valvolare il flusso anterogrado del sangue viene compromesso, aumentando la pressione all'interno del cuore e il carico di lavoro cardiaco, determinando la comparsa di insufficienza cardiaca diastolica. Diversi fattori sistemici influiscono sullo sviluppo e sulla gravità dell'insufficienza cardiaca. Un aumento del metabolismo basale (per esempio, in caso di febbre o tireotossicosi), un accumulo di ferro (per esempio, nell'emocromatosi), uno stato di ipossia o di anemia (ematocrito < 25%) richiedono un aumento della gittata cardiaca per rispondere al fabbisogno sistemico di ossigeno. L'ipossia e l'anemia, inoltre, possono diminuire l'apporto di ossigeno al miocardio. Le aritmie cardiache possono causare insufficienza cardiaca o essere secondarie a essa, l'alterazione della stimolazione elettrica modifica la contrazione miocardica diminuendo l'efficienza della funzionalità cardiaca. (6)

1.4 Sintomatologia

I sintomi cardini dello scompenso cardiaco sono affaticamento e difficoltà del respiro. (5) Nonostante la fatica sia stata tradizionalmente ascritta a un ridotto flusso cardiaco nell'in-

sufficienza cardiaca, è verosimile che anche le anomalie muscolo-scheletriche e altre comorbilità non cardiache (anemia) contribuiscono alla sintomatologia. Negli stadi precoci di insufficienza cardiaca, la dispnea è osservabile solo sotto sforzo; comunque con la progressione della malattia, la dispnea insorge in seguito a sforzi lievi e, alla fine, può manifestarsi anche a riposo. (7) La dispnea è una conseguenza della congestione polmonare che si manifesta quando la contrazione del ventricolo sinistro non è sufficiente a espellere il sangue in aorta e nella circolazione sistemica. L'aumento del volume di sangue di fine diastole nel ventricolo sinistro aumenta la pressione di fine diastole, con conseguente riduzione del flusso ematico dall'atrio al ventricolo sinistro. Il volume di sangue e la pressione dell'atrio sinistro aumentano con conseguente riduzione del flusso ematico di vasi polmonari. Il volume di sangue venoso e la pressione nella circolazione polmonare aumentano, facendo sì che un certo volume di liquido trasudi dai capillari polmonari nei tessuti polmonari e negli alveoli, impedendo un adeguato scambio gassoso e causando la formazione di edema polmonare e alterazione dello scambio dei gas (favorendo una minor ossigenazione dei tessuti e ciò che si ripercuote sul cervello: il paziente potrebbe presentare sintomi cerebrali come confusione, disorientamento, sonnolenza e alterazioni dell'umore). Le manifestazioni cliniche della congestione polmonare includono anche la tosse (molto spesso i soggetti presentano una tosse secca che può in seguito divenire produttiva con la formazione di grandi quantità di escreato schiumoso, talvolta contenete tracce di sangue), la comparsa di crepitii e una riduzione del livello di saturazione in ossigeno. Se la dispnea compare solo di notte si parla di dispnea parossistica notturna (il termine si riferisce a episodi acuti di grave mancanza del respiro e tosse che avvengono generalmente di notte e svegliano il paziente, dopo 1-3 ore di sonno). Questa si manifesta quando la persona, dopo essere rimasta seduta a lungo, si distende a letto (si parla anche di ortopnea). Incomincia infatti il riassorbimento in circolo dei liquidi accumulatisi negli arti inferiori a causa della posizione seduta e, all'aumento del volume di sangue che arriva al ventricolo sinistro, questo non può svuotarsi completamente. Ne consegue un aumento della pressione polmonare, che causa ulteriori accumulo di trasudato negli alveoli. Il liquido riempie gli alveoli impedendo lo scambio di ossigeno e di anidride carbonica. Con la riduzione della disponibilità di ossigeno la persona diviene dispnoica e

presenta difficoltà a dormire adeguatamente. (6) Nei casi di scompenso cardiaco avanzato si osserva una particolare forma di respiro chiamato respiro di Chiyne-Stokes o periodico ciclico associato ad una bassa gittata cardiaca. (7)

Quando l'insufficienza ventricolare è destra prevale la congestione dei visceri e dei tessuti periferici. Ciò dipende dal fatto che il ventricolo destro non è più in grado di svuotarsi completamente di tutto sangue che normalmente riceve dalla circolazione venosa. L'aumento della pressione venosa provoca il turgore delle vene giugulari e l'aumento della pressione idrostatica nel sistema venoso. Le manifestazioni cliniche che ne derivano sono: edema degli arti inferiori (peggiora quando la persona è in piedi o seduta e può progredire gradualmente interessando le gambe, le cosce e infine i genitali esterni e la porzione inferiore del busto), epatomegalia, ascite, anoressia, nausea, astenia e aumento del peso corporeo dovuto alla ritenzione idrica. L'intolleranza all'attività fisica è un altro problema molto comune in questa tipologia di paziente. (6)

1.5 Interventi di promozione dell'autocura in pazienti con SC

Le complicanze di uno SC non adeguatamente gestito possono portare ad una re-ospedalizzazione o addirittura a conseguenze fatali. Per prevenire queste complicanze, il paziente viene educato a gestire la propria patologia. L'educazione è centrata sul riconoscimento e gestione dei sintomi e delle complicanze, monitoraggio dei sintomi. Educare il paziente e il caregiver al riconoscimento precoce dei sintomi di aggravamento: aumento del peso corporeo, edemi, dispnea e fatigue. Consigliare il paziente di pesarsi tutti i giorni alla stessa ora e con la stessa bilancia (meglio al mattino al digiuno, dopo aver urinato e con la stessa tipologia di abbigliamento) per rilevare precocemente una ritenzione idrica/eccesso del volume di liquido con edemi. Se compare un aumento di peso di circa 700g o più in un giorno, o di 2 Kg in 3 giorni e non vi è stata risposta al potenziamento del diuretico, avvisare il medico di medicina generale. Consigliare di controllare l'insorgenza di edemi, ad esempio educando la persona a riconoscere eventuali segni lasciati dalle calzature sui piedi, e di osservare il numero di risvegli notturni e il motivo: un peggioramento della

dispnea durante la notte o un aumento delle minzioni notturne sono indicatori di ritenzione idrica/eccesso del volume di liquidi. Ricordare all'utente di porre attenzione alla posizione assunta durante la notte: la necessità di aumentare il numero di cuscini o di assumere la posizione semiseduta/seduta sono indicatori di aggravamento dello scompenso. Accertare sistematicamente la tolleranza allo sforzo, l'intensità della fatica in relazione allo stesso sforzo, registrando un'aumentata difficoltà a svolgere una stessa attività (percezione, scala di Borg), oppure la permanenza di cardiopalmo e tachicardia con difficoltà a ritornare alla frequenza cardiaca basale entro 3 – 4 minuti. A questo proposito insegnare al paziente e caregiver il controllo della frequenza cardiaca radiale. Insegnare al paziente la tenuta di un diario dove registrare le attività quotidiane, le sensazioni avvertite. Ciò permette di monitorare l'andamento dei sintomi, registrare la risposta alle terapie, guidare il monitoraggio e le rivalutazioni ai follow-up. Anche se la dispnea costituisce un sintomo facilmente riconosciuto dal paziente e con maggior rapidità riferito al medico, è indicato insegnare al paziente e caregiver come rilevare sistematicamente le modificazioni del respiro (frequenza respiratoria, dispnea, insorgenza di tosse, uso di scala come ad esempio Borg) e comprendere il significato di tali modificazioni. Educare il paziente alla costante registrazione sul diario del peso, dell'andamento della frequenza cardiaca e dei segni/sintomi quali edemi e dispnea, in relazione alle attività svolte. Consigliare il paziente di portare con sé e mostrare il diario all'equipe di cura in occasione dei periodici follow-up o al bisogno, in quanto utile fonte dei dati per valutare l'andamento dei sintomi, la risposta alla terapia e orientare scelte assistenziali e terapeutiche. Insegnare al paziente ad assumere giornalmente i farmaci, nel dosaggio prescritto, secondo gli orari e in relazione al pasto. Motivare il paziente ad assumere cibi a basso contenuto di sodio. La restrizione di sodio è il primo intervento di terapia nutrizionale per la gestione dello scompenso cardiaco. La quota di sale suggerita è compresa fra 2 – 3 g/die; restrizioni più marcate < 2 g/die sono raccomandate in persone con scompenso cardiaco severo.

Alimenti ad elevato contenuto di sodio
Cibi in scatola e precotti, come pesce conservato in scatola. (Es tonno)
Formaggi stagionali, consumare formaggi freschi come ricotta e mascarpone

Insaccati, come prosciutto, speck, salame, mortadella

Merendine e snack salati

Alcune acque minerali (vedere l'etichetta)

Pane fresco, grissini, cracker

Verdure: ridurre consumo di carciofi, finocchi, sedano, spinaci, Tutte le altre verdure crude o cotte condite con olio e limone

Se indicato dieta iposodica: non aggiungere sale a tavola, evitare salse come maionese e ketchup per l'elevato contenuto di sale.

Assumere alimenti ad alto contenuto di acidi grassi omega 3 (olio di soia e di lino, merluzzo, sgombro, salmone, alici e sardine). Tali alimenti possiedono effetti benefici anti-infiammatori, conseguenze positive sullo stress ossidativo e sul miglioramento della funzionalità cardiaca e muscolare ed effetti anti-aritmici. Evidenze hanno dimostrato che diete a basso tenore di acidi grassi omega 3 nei pazienti con insufficienza cardiaca sono associate con alti livelli di mediatori pro-infiammatori, correlati con sintomi di stanchezza ed anoressia, ma anche con alterazioni endoteliali sia a livello miocardico che vascolare. Istruire il paziente a mantenere un'idratazione controllata e se necessario, motivare e concordare un piano per la restrizione dei liquidi. Le evidenze raccomandano una restrizione idrica 1.5 - 2l/die solo in pazienti con scompenso severo o sintomatico. Motivare l'assistito a svolgere attività fisica. La tendenza a ridurre l'attività fisica fino alla sedentarietà è comune nella persona con scompenso e questo contribuisce alla progressione della malattia. Un regolare esercizio fisico, inizialmente supervisionato, di tipo aerobico migliora la forza muscolare, la capacità di vasodilatazione, la tolleranza allo sforzo, la qualità di vita, riduce le re-ospedalizzazioni e la mortalità. Riconoscere ed evitare i possibili fattori scatenanti e aggravanti ed attivare comportamenti preventivi: come smettere l'abitudine al fumo e limitare l'assunzione di alcool. (5)

2 MATERIALE E METODI

2.1 Obiettivo

La finalità del nostro studio è quello di indentificare e valutare l'efficacia degli interventi educativi di promozione dell'autocura in pazienti affetti da scompenso cardiaco a domicilio nello scopo di migliorare il loro comportamento e capacità di autocura nonché la loro qualità di vita.

2.2 Quesito di ricerca

Gli interventi educativi di promozione dell'autocura a domicilio possono migliorare la capacità di autocura di persone con scompenso cardiaco?

Questi interventi hanno un impatto sulla loro qualità di vita?

Metodo PIO

P	Pazienti con scompenso cardiaco
I	Educazione all'autocura
O	-Miglioramento la capacità di autocura -Miglioramento della qualità di vita

2.3 Fonte dei dati

La ricerca è stata effettuata consultando la banca dati internazionale PubMed, Medline, Cochrane library, Cinahl; linee guide 2021 della European Society of Cardiology (ESC 2021); utilizzando le stringhe di ricerca per selezionare articoli redatti negli ultimi 10 anni (2012-2021), pubblicati in lingua italiana e inglese, con disponibilità di full text.

Le parole chiavi utilizzate per la ricerca, combinate con gli operatori booleani AND e OR e appartenenti alla raccolta MESH del thesaurus sono: “heart failure patient”, “improve self-care”, “self-care education”, “quality of life” con le seguenti stringhe di ricerca:

“Heart failure patient” AND “Improve self-care”

“Heart failure patient” AND “self-care education”

“Heart failure patient” AND “self-care education” AND “quality of life”

2.4 Criteri di inclusione

La raccolta degli articoli dalle diverse banche dati è avvenuta nel rispetto dei seguenti criteri di selezione:

1. Periodo di pubblicazione degli articoli: ultimi 10 anni (2012 - 2021).
2. Contesto assistenziale: domicilio.
3. Coerenza degli articoli con il quesito di ricerca.
4. Popolazione: pazienti con scompenso cardiaco.
5. Intervento: educazione all'autocura.
6. Esiti: miglioramento della capacità di autocura, miglioramento della qualità di vita.

3 RISULTATI DELLA RICERCA

La ricerca ha ottenuto un totale di 279 articoli tutti in lingua inglese; tra i quali sono stati esclusi numerosi studi per i seguenti motivi:

Data di pubblicazione antecedente a 2012.

Articoli con solo abstract.

Alcuni studi ancora in corso.

Programmi di promozione dell'autocura in ambito ospedaliero.

Intervento di promozione dell'autocura focalizzato su pazienti con patologie come diabete, ictus, insufficienza renale cronica. I cinque articoli restanti di tipo controllato e randomizzato sono stati letti ed analizzati.

Di seguito una rassegna degli studi rappresentata nelle seguenti tabelle con le modalità che seguono: titolo, autore, rivista, anno di pubblicazione, tipologia di studio/disegno dello studio, obiettivo, popolazione, metodo, risultato, conclusione.

Titolo – Autore - Anno di pubblicazione	1. Health Status and Self-care Outcomes Following an Education-Support Intervention for People with Chronic Heart Failure. Angela P, Graham McDougall, Barbara Riegel, Glenda Joiner-Rogers, Sheri Innerarity, Martha Meraviglia, Carol Delville, Ashley Davila, Luglio 2015
Tipologia di studio/disegno dello studio	Studio controllo randomizzato
Obiettivo	Obiettivo: L'obiettivo di questo studio è stato quello di esaminare gli effetti di un intervento di educazione e supporto erogato a domicilio, utilizzando strategie per migliorare lo stato di salute e l'autocura in adulti/anziani con HF. L'obiettivo secondario era quello di

<p>Popolazione</p>	<p>esplorare la percezione soggettiva dell'intervento da parte dei partecipanti.</p>
<p>Metodo</p>	<p>Popolazione: 50 adulti con diagnosi di SC con età media 62.4 anni.</p> <p>Metodo: Questo studio ha utilizzato un disegno randomizzato a 2 gruppi. Cinquanta persone sono state arruolate per 9 mesi e testate in 4 momenti: all'inizio, dopo 3 mesi di intervento di educazione e supporto; a 6 mesi, dopo 3 mesi di supporto telefonico/email; e a 9 mesi, dopo un periodo di 3 mesi; periodo di non contatto. I partecipanti non ospedalizzati sono stati reclutati da medici/infermieri registrati di pratica avanzata (APRN), dalle cliniche di SC. I criteri di inclusione erano: diagnosi SC classe I-III HF sistolica o diastolica; età 45 o superiore; disponibilità a partecipare a uno studio randomizzato di 9 mesi; vivere a casa in modo indipendente; in grado di parlare, leggere e scrivere in inglese; e un punteggio di almeno 23 al Mini-Mental State Examination (MMSE). 29 Individui con diagnosi di malattia cerebrovascolare maggiore (come ictus) sono stati esclusi. Poiché le donne sono state tradizionalmente sotto-iscritte negli studi dello SC, sono stati fatti sforzi per reclutare donne e partecipanti etnicamente diversi. Cinquanta partecipanti (25 di controllo e 25 di intervento) sono stati randomizzati, arruolati e seguiti per l'intervento di 9 mesi. Due partecipanti perse al follow-up sono state sostituite (una si è trasferita fuori dallo stato; l'altra si è trasferita e non poteva essere localizzata) e i loro dati sono stati eliminati dall'analisi. Il contenuto educativo è stato sviluppato e sottoposto a revisione per fornire istruzione e rinforzi mirando specifiche aree ritenute essenziali per l'autocura delle persone che convivono con SC. Il gruppo d'intervento è stato seguito in 4 fasi: La prima fase</p>

	<p>dell'intervento di 9 mesi è stata eseguita nel corso dei primi 3 mesi, incontrandosi ogni 10-14 giorni per 1-1,5 ore per presentare i contenuti educativi. La seconda fase di 3 mesi dell'intervento è stata eseguita via telefono e/o e-mail con l'APRN, senza visite a domicilio. Il team di ricerca ha favorito un effettivo decision-making rispetto alla gestione dei sintomi e sulle attività di promozione della salute, e rafforzato il contenuto dei moduli educativi. Nella fase finale di 3 mesi, non hanno ricevuto visite a domicilio, e-mail o telefonate, e sono stati istruiti a comunicare con il loro medico se sorgevano delle domande. I pazienti sono quindi tornati all'assistenza medica di status quo in modo che potessimo determinare se l'intervento avesse un effetto duraturo nel miglioramento dei risultati. Un'ultima visita finale a casa al solo scopo della raccolta dati è stata fatta a 9 mesi.</p> <p>Il gruppo di controllo ha ricevuto un opuscolo contenente informazioni sulla promozione della salute per adulti/anziani, prevenzione delle cadute nell'anziano e controllo della vescica. Non è stato incluso alcun contenuto sullo SC. Gli incontri sono stati programmati durante i primi 3 mesi secondo i bisogni e dell'interesse di ogni partecipante. Non è stato fatto alcun insegnamento telefonico o via e-mail.</p> <p>La capacità di autocura è stata valutata mediante la Self-care of Heart Failure Index (SCHFI version 6.2) (vedere allegato 1) Questo strumento misura tre concetti principali: (1) mantenimento dell'autocura, che comprende il monitoraggio e l'aderenza al trattamento eseguito per mantenere la propria salute con pratiche sanitarie positive; (2) gestione dell'autocura e (3) self-care confidence o self-efficacy.</p>
<p>Risultato</p>	<p>Risultato: L'età media del campione era di 62,4 anni, con una leggera maggioranza di partecipanti di sesso femminile. I partecipanti</p>

Conclusione	<p>erano ben istruiti. Il gruppo di intervento ha mostrato miglioramenti significativi nello stato funzionale, nell'autoefficacia e nella qualità di vita (Kansas City Cardiomyopathy Questionnaire-KCCQ); cambiamento della metamemoria e sotto scala di capacità (Metamemory in Adulthood Questionnaire-MIA); nella conoscenza dell'autocura (HF Knowledge Test-HFKT) e nell'autocura (Self-Care in Heart Failure Index-SCHFII).</p> <p>Conclusioni: L'intervento a domicilio erogato da medici e infermieri ha avuto successo su diversi risultati relativi allo stato di salute e all'autocura, tra cui l'autoefficacia, la qualità della vita, la metamemoria, lo stato di autocura e la conoscenza dello SC.</p>
--------------------	---

Titolo – Autore – Anno di pubblicazione	<p>2. The effects of a self-regulation programme on self-care behaviour in patients with heart failure: A randomized controlled trial.</p> <p>Ming-Ya Hsua, Cheng-Wen Chiang, Ai-Fu Chiouc</p> <p>Settembre 2020.</p>
Tipologia di studio/disegno dello studio	<p>Studio di controllo randomizzato</p>
Obiettivo	<p>Obiettivo: Studiare gli effetti di un programma di auto regolazione sul comportamento di autocura nei pazienti con insufficienza cardiaca.</p>
Popolazione	<p>Popolazione: 82 Adulti con diagnosi di insufficienza cardiaca con età media 68,54 anni.</p>
Metodo	<p>Metodo: I partecipanti sono stati assegnati in modo casuale al gruppo di intervento (n = 41) o di controllo (n = 41). I partecipanti del gruppo</p>

di intervento sono stati sottoposti ad un programma di autoregolazione di 4 settimane. L'allegato 2 presenta il report del programma di autoregolazione di 4 settimane secondo l'American Heart Association Taxonomy (Krumholz et al, 2006). Il programma è stato erogato da un infermiere esperto e prevedeva due fasi: una sessione educativa individuale faccia a faccia di 20-30 minuti e un follow-up telefonico di 15-20 minuti due volte a settimana per quattro settimane. L'obiettivo della sessione educativa individuale era quello di motivare i partecipanti a partecipare al programma di autoregolazione e garantire comprensione dell'opuscolo (sviluppato sulla base di una revisione della letteratura relativa all'autocura dei pazienti con insufficienza cardiaca). All'inizio della sessione educativa individuale, i pazienti sono stati motivati ad apprendere l'autoregolazione sottolineando i benefici di un corretto comportamento di autocura per ridurre la re-ospedalizzazione e i sintomi dello scompenso cardiaco. Successivamente, l'infermiere ha guidato i pazienti su come identificare i loro problemi personali registrando la pressione arteriosa, il peso corporeo e il peggioramento dei sintomi (automonitoraggio) e ha aiutato i pazienti a personalizzare il loro comportamento di autocura sulla base dei loro ricordi e delle esperienze passate. Successivamente, i pazienti hanno creato un piano personale adeguato e fissato un obiettivo appropriato per modificare un comportamento specifico.

L'obiettivo della fase di follow-up telefonico era di garantire che i pazienti seguissero il contenuto dell'opuscolo in modo corretto e coerente e incoraggiare i pazienti a rivedere il loro comportamento di autocura e reagire in modo appropriato al raggiungimento degli obiettivi personali attraverso la modifica dei comportamenti, l'adeguamento del proprio ambiente e lo sviluppo della propria autoefficacia.

	<p>Il follow-up telefonico è stato eseguito sulla base di una guida all'intervista per valutare l'implementazione da parte dei pazienti dell'auto-monitoraggio, dell'autovalutazione; aiutare i pazienti a risolvere i problemi; fornire un feedback positivo; e incoraggiare l'autogratificazione dei pazienti per i cambiamenti del loro comportamento di autocura. Il gruppo di controllo ha ricevuto cure di routine senza sessioni educative aggiuntive o follow-up telefonico. La cura di routine includeva l'istruzione orale per quanto riguarda l'autocura per i pazienti con insufficienza cardiaca.</p> <p>I comportamenti di autocura sono stati valutati tramite il Self-Care of Heart Failure Index (SCHFI version 6.2) all'inizio, alla quarta settimana e all'ottava settimana dopo che i pazienti siano stati arruolati.</p>
<p>Risultato</p>	<p>Risultato: Il gruppo di intervento ha riportato miglioramenti nei comportamenti di autocura, compreso il mantenimento dell'autocura e il self-care confidence, dopo quattro settimane del programma di autoregolazione. Al contrario, il gruppo di controllo non ha mostrato differenze significative. Rispetto al gruppo di controllo, il gruppo di intervento ha mostrato miglioramenti significativamente maggiori nel mantenimento dell'autocura (B = 3,74, p = 0,01), gestione dell'autocura (B = 6,33, p = 0,004) e self-care confidence (B = 5,15, p = 0,003) a quattro settimane ma ha mostrato miglioramento significativamente maggiore solo nella gestione dell'autocura (B = 6,97, p = 0,03) e self-care confidence (B = 6,24, p = 0,001) a 8 settimane.</p> <p>(P < 0.05 è considerato come valore statisticamente significativo)</p>
<p>Conclusione</p>	<p>Conclusione: Questo studio ha dimostrato che il programma di autoregolazione potrebbe efficacemente migliorare il comportamento di autocura nei pazienti con insufficienza cardiaca. Ulteriori studi con studi randomizzati controllati multicentrici e popolazioni più ampie</p>

	di pazienti con insufficienza cardiaca sono necessari per valutare l'effetto di questo programma di autoregolazione in varie regioni e paesi.
--	---

Titolo - Autore - Anno di Pubblicazione	3. Efficacy of a social support and problem-solving intervention on heart failure self-care: A pilot study. L. J. Gravena, G. Gordona, J. Grant Keltnerb, L. Abbotta, J. Bahorskib Settembre 2017
Tipologia di studio/disegno dello studio	Studio controllato randomizzato
Obiettivo	Obiettivo: Lo scopo di questo studio è di esaminare gli effetti preliminari di un intervento di coping partnership composto da supporto sociale e problem-solving sul mantenimento e gestione dell'auto-cura dello SC.
Popolazione	Popolazione: 66 adulti con diagnosi di SC con età media 61 anni.
Metodo	Metodo: È stato condotto uno studio pilota controllato randomizzato su due gruppi: Il coping partnership group e il gruppo di controllo. Il coping partnership group ha ricevuto visita domiciliare iniziale di 1,30 ora da un infermiere esperto. I partecipanti sono stati guidati a utilizzare il processo di social problem-solving per la gestione problemi individuali associati allo SC. Il processo di social problem-solving è composto di quattro fasi: (1) identificare e definire il problema; (2) decidere cos'è necessario da fare ed elencare le possibili soluzioni per affrontare il problema; (3) scegliere e testare le mi-

	<p>giori soluzioni; e (4) valutare l'efficacia delle soluzioni scelte. I partecipanti hanno anche ricevuto un opuscolo che conteneva i problemi comuni relativi allo SC disegnato dalla letteratura empirica. I problemi sono stati risolti utilizzando le quattro fasi graduale sopra descritto. La fatica è stata usata come esempio per illustrare come applicare il processo di problem-solving. Un set di 8 schede che identificano i problemi comuni (sintomi, dieta, attività quotidiane, umore, difficoltà di risorse e altro) correlati allo SC è stato consegnato ai membri del gruppo. La visita domiciliare è stata seguita da un follow-up telefonico una volta la settimana (settimane 2-4) poi due volte la settimana (settimane 6, 8, 10, 12). Durante ogni follow-up telefonico (45 min), il partecipante valuta prima i problemi della settimana precedente e le soluzioni associate per determinare se la soluzione era stata efficace. Se il problema continua a persistere, il partecipante è invitato a mettere in atto le quattro fasi del social problem-solving per generare nuove soluzioni.</p> <p>Il gruppo di controllo ha ricevuto solo le cure abituali. Le cure abituali consistevano di materiale educativo e di dimissione in conformità con le raccomandazioni della Heart Failure Society of America e l'American Heart Association.</p>
Risultato	Risultato: Risultati significativi sono stati osservati nell' mantenimento e la gestione dell'autocura nel coping partnership group rispetto al gruppo di controllo.
Conclusione	Conclusione: l'intervento di coping partnership composto da supporto sociale e problem-solving migliora la capacità di autocura di persone con SC.

<p>Titolo – Autore - Anno di pubblicazione</p>	<p>4. Motivational interviewing to improve self-care for patients with chronic heart failure: MITI-HF randomized controlled trial Ruth Masterson Creber, Megan Patey, Christopher S. Lee, Amy Kuan, Corrine Jurgens, and Barbara Riegel. Febbraio 2017</p>
<p>Tipologia di studio/ disegno dello studio</p>	<p>Studio di controllo randomizzato</p>
<p>Obiettivo Popolazione Metodo</p>	<p>Obiettivo: Lo scopo dello studio è di testare l'efficacia di un colloquio motivazionale personalizzato rispetto alle cure abituali per migliorare i comportamenti di autocura, sintomi fisici e qualità di vita delle persone con SC.</p> <p>Popolazione: 67 adulti di età media 62 anni con diagnosi di SC.</p> <p>Metodo: I partecipanti sono stati assegnati in modo casuale a due gruppi diversi. Quelli del gruppo di intervento hanno ricevuto un intervento di colloquio motivazionale personalizzato che includeva colloqui motivazionali a domicilio, 3–4 telefonate di follow-up nel corso di 90 giorni. Durante la visita domiciliare l'infermiera ha lavorato con il partecipante utilizzando un metodo di colloquio motivazionale mirato ad identificare almeno due specifici obiettivi relativi all'autocura della persona con SC. Dopo aver stabilito gli obiettivi da raggiungere, è stato effettuato follow-up telefonico per rafforzarli. Ad esempio, se un partecipante dice che uno dei suoi obiettivi è quello di poter assistere alle partite di calcio del nipote in autunno, l'infermiera adatta l'intervento attorno ad obiettivi incentrati sul miglioramento dell'attività fisica. Gli obiettivi quotidiani di autocura sono stati considerati rilevanti per il partecipante perché sono stati contestualizzati come parte del suo obiettivo autodefinito.</p>

	I partecipanti del gruppo di controllo hanno ricevuto cure abituali dai loro curanti. Per standardizzare l'assistenza tra i gruppi di studio, tutti i partecipanti hanno ricevuto materiali didattici progettati da Krames Stay Well. Questi materiali sono stati progettati per aiutare i pazienti ad identificare e affrontare le barriere di autocura, mantenere una dieta a basso contenuto di sodio e uno stile di vita attivo. Il materiale didattico mirava a cambiare il comportamento di autocura.
Risultato	Risultato: Un totale di 67 partecipanti ha completato lo studio (età media $62 \pm 12,8$ anni), di cui il 54% erano afroamericani, il 30% erano donne e l'84% presentava sintomi di classe III/IV. C'è stato un miglioramento per quanto riguarda il mantenimento dell'autocura, la self-care confidence, sintomi fisici dello SC e qualità di vita dopo novanta giorni nel gruppo di intervento sottoposto al colloquio motivazionale.
Conclusione	Conclusione: I pazienti sottoposti al colloquio motivazionale hanno riportato miglioramenti significativi. Rispetto alle cure abituali il colloquio motivazionale risulta più efficace.

Titolo – Autore - Anno di pubblicazione	5. Effect of the self-management education program on the quality of life in people with chronic heart failure: A randomized controlled trial. Alireza Abbasi, Tahereh Najafi Ghezeljeh, Mansoureh Ashghali Farahani Luglio 2018
Tipologia di studio/ disegno dello studio	Studio di controllo randomizzato
Obiettivo	Obiettivo: Lo scopo dello studio è di determinare l'effetto di un programma educativo all'autogestione sulla qualità di vita di persone con SC.

<p>Popolazione</p> <p>Metodo</p>	<p>Popolazione: 60 adulti con diagnosi di SC.</p> <p>Metodo: I partecipanti sono stati assegnati in modo casuale al gruppo di intervento (n = 30) o di controllo (n = 30). Il gruppo di controllo ha ricevuto l'educazione di routine presentata ai pazienti da un infermiere esperto, e un opuscolo educativo. Tuttavia, oltre all'educazione di routine, il gruppo di intervento ha ricevuto il programma di educazione all'autogestione che consiste in tre sessioni seguite per un periodo di 3 mesi. Il programma di educazione all'autogestione è stato eseguito dal primo ricercatore, che è un infermiere esperto, nelle stanze dei partecipanti per tre giorni consecutivi. La durata di ogni sessione variava tra 45 e 60 minuti in base alle esigenze dei partecipanti. Inoltre, ogni sessione è stata tenuta individualmente e l'educazione è stata presentata utilizzando diapositive PowerPoint, immagini e videoclip. Inoltre, un opuscolo educativo è stato dato ai pazienti. Il programma di educazione all'autogestione consisteva in informazioni sull'anatomia e la fisiologia del cuore, i fattori di rischio dello SC, i sintomi e la diagnosi, la gestione della malattia, la dieta e l'esercizio fisico, i farmaci e i loro effetti collaterali e il monitoraggio della pressione arteriosa. Questo contenuto educativo è stato preparato attraverso una revisione della letteratura e la sua validità è stata confermata da un gruppo di esperti (compresi due membri della facoltà di infermieristica e un medico cardiovascolare). I pazienti del gruppo di intervento sono stati contattati telefonicamente ogni mese, per garantire l'attuazione di ciò che è stato insegnato nelle sessioni.</p> <p>Per valutare la qualità di vita è stata applicata la Iranian Heart Failure Quality of Life Questionnaire (IHF QOL) (Vedere allegato 4) all'inizio e tre mesi dopo l'intervento.</p>
<p>Risultato</p>	<p>Risultato: I risultati (vedere allegato 2) mostrano un miglioramento statisticamente significativo nel gruppo di intervento rispetto al gruppo</p>

Conclusione	<p>di controllo dopo l'intervento in termini di variazioni medie della qualità di vita totale ($p < 0,001$) e delle sue dimensioni, inclusi una riduzione della gravità dei sintomi ($p = 0,002$), interferenza sociale ($p = 0,01$), condizione psicologica ($p = 0,013$), autoefficacia e conoscenza ($p < 0,001$).</p> <p>Conclusione: Secondo i risultati di questo studio, il programma di educazione all'autogestione può essere considerato come una strategia adeguata atta a migliorare la qualità di vita nelle persone che soffrono di SC da parte degli operatori sanitari.</p>
--------------------	---

4 DISCUSSIONE

L'obiettivo fissato all'inizio dello studio era quello di identificare e valutare l'efficacia degli interventi educativi di promozione dell'autocura in pazienti affetti da scompenso cardiaco a domicilio. Tutti gli studi analizzati erano studi controllati randomizzati coinvolgendo un totale di 325 pazienti. In ognuno di questi studi il disegno dello studio consisteva nel dividere il campione in due gruppi diversi, di cui uno dei gruppi avrebbe ricevuto cure convenzionali, materiale didattico di promozione dell'autocura privo di sessione educativa aggiuntiva e follow-up. L'altro gruppo invece sarebbe stato addestrato alla promozione dell'autocura mediante interventi educativi, materiale didattico di educazione all'autocura, colloquio motivazionale, follow-up telefonico, visite domiciliari di controllo. Confrontando i risultati ottenuti prima e dopo gli interventi educativi, si è potuto notare che i pazienti sottoposti agli interventi educativi di promozione dell'autocura hanno riportato un miglioramento significativo non solo della loro capacità di autocura in termini di mantenimento dell'autocura, gestione dell'autocura e self-care confidence ma anche la loro qualità di vita in termini di riduzione della gravità dei sintomi, interferenze sociali, condizioni psicologiche e autoefficacia.

Gli interventi educativi di promozione dell'autocura in pazienti con SC a domicilio risultano efficaci in quanto permettono di migliorare la capacità di autocura dei pazienti ad essi sottoposti.

4.1 Limiti della ricerca

I limiti di questa revisione riguardano prima di tutto il numero ridotto degli studi analizzati. Tale limite è dovuto al fatto che nelle diverse banche dati non sono presenti numerosi articoli che rispondano ai criteri di inclusione fissati dalla revisione. Ulteriori limiti notati sono relativi alla breve durata di alcuni studi e al numero di partecipanti molto ridotto. In effetti hanno partecipato un totale di 325 pazienti.

4.2 Implicazione per la pratica infermieristica

Gli interventi educativi di promozione dell'autocura a domicilio talvolta vengono omessi perché gli assistiti non sono in contatto stretto con i professionisti sanitari. Visto l'importanza e l'efficacia di questi interventi, è necessario la loro implementazione nell'assistenza domiciliare.

5 CONCLUSIONE

La ricerca ha dimostrato l'efficacia degli interventi educativi di promozione dell'autocura a domicilio. Un'adeguata educazione all'autocura del paziente è essenziale per una gestione efficace della patologia e consente ai pazienti di capire cos'è benefico e di essere d'accordo con i piani di automonitoraggio e gestione. Pazienti che riferiscono un'autocura efficace hanno una migliore qualità di vita, tassi di re-ospedalizzazione più bassi e ridotta mortalità. Incomprensioni, idee sbagliate e mancanza di conoscenza contribuiscono all'inefficiente cura di sé e quindi l'educazione del paziente è vitale. Migliorare la conoscenza, da parte dei pazienti, della loro condizione è fondamentale per lo sviluppo delle capacità di autocura. Gli interventi educativi di promozione dell'autocura a domicilio con follow-up continuo sono essenziali nei sistemi sanitari per garantire l'aderenza al processo di trattamento nei pazienti.

BIBLIOGRAFIA

- (1) WHO / What do we mean by self-care? Available at <https://www.who.int/reproductivehealth/self-care-interventions/definitions/en/> Accessed 28/01/2022
- (2) ROCHE / Scompenso cardiaco. Available at <https://www.roche.it/it/il-nostro-focus/malattiecardiovascolari/scompenso-cardiaco.html> Accessed 28/01/2022
- (3) Tiny J., Loreena H., Antoni Bayes-G, Hans-Peter B. La R., Teresa C., Jelena Č., Elena Marques-S., Carla M. P., Susan E. Piper, Barbara Riegel, Frans H. Rutten, Tuvia Ben Gal, Johann Bauersachs, Andrew J.S. Coats, Ovidiu Chioncel, Yuri Lopatin, Lars H. Lund, Mitja Lainscak, Brenda Moura, Wilfried Mullens, Massimo F. Piepoli, Giuseppe Rosano, Petar Seferovic, Anna Strömberg, Self-care of heart failure patients: practical management recommendations from the Heart Failure Association of the European Society of Cardiology , European Journal of Heart Failure, 2021, 23, 157 – 174
- (4) Theresa A., Marco Metra, Marianna Adamo, Roy S. Gardner, Andreas Baumbach, Haran Burri, Javed Butler, Jelena Čelutkieng, Ovidiu Chioncel, John G.F. Cleland, Andrew J.S. Coats, Maria G. Crespo-Leiro, Dimitrios Farmakis, Martine Gilard, Stephane Heymans, 2021 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure, European Heart Journal, 2021, 42, 3599-3726
- (5) Anna Brugnolli, Luisa Saiana, Trattato di medicina e infermieristica un approccio di cure integrato, Idelson-Gnocchi, 2017
- (6) Suzanne C. Smeltzer, Brenda G. Bare, Janice L. Hinkle, Kerry H. Cheever, Brunner – Suddarth infermieristica medico chirurgica voll 4/e, Ambrosiana, 2010
- (7) Anthony S. Fauci, E. Braunwald, D. L. Kasper, S. L. Hauser, D. L. Longo, J. L. Jameson, J. Loslzo, Harrison principi di medicina interna 17/e, McGraw-Hill, 20009

SITOGRAFIA

<https://www.who.int/>

<https://www.roche.it/>

<https://www.escardio.org/>

<https://www.salute.gov.it/>

<https://www.nurse24.it/>

ALLEGATI

Allegato 1

SELF-CARE OF HEART FAILURE INDEX

Tutte le risposte sono confidenziali

SEZIONE A:

La preghiamo di rispondere alle domande che seguono riferite all'assistenza che fornisce al suo familiare con scompenso cardiaco. **Risponda con sincerità, non ci sono risposte giuste o sbagliate.**

Con che frequenza lei **raccomanda alla persona che assiste** quanto segue? Oppure se ne occupa lei in quanto la persona che assiste non è in grado di farlo.

	Mai o Raramente	Qualche volta	Spesso	Sempre o tutti i giorni
1. Pesarsi	1	2	3	4
2. Controllare se le caviglie Sono gonfie	1	2	3	4
3. Cercare di evitare di ammalarsi (ad es. vaccinandosi per l'influenza, evitare persone malate)	1	2	3	4
4. Fare un po' di attività fisica (es. giardinaggio, piccole pulizie domestiche)	1	2	3	4
5. Rispettare gli appuntamenti per Le visite ed i controlli medici	1	2	3	4
6. Mangiare cibi con poco sale	1	2	3	4
7. Fare un po' di ginnastica per 30 minuti al giorno	1	2	3	4
8. Prendere le medicine prescritte	1	2	3	4
9. Mangiare cibi con poco sale quando è fuori casa (al ristorante, a casa degli amici ecc)	1	2	3	4
10. Utilizzare un sistema che l'aiuta a ricordare di prendere le medicine? (ad es., scrivere gli orari sulle scatole dei farmaci)	1	2	3	4

SEZIONE B:

Molti pazienti hanno dei sintomi dovuti allo scompenso cardiaco, come problemi di respirazione e caviglie gonfie.

Nel mese scorso **la persona che assiste** ha avuto problemi respiratori o gonfiore alle caviglie?

(Segnare solo una risposta).

0) No

1) Sì (se ha risposto “no” alla domanda precedente passi alla Sezione C, pagina seguente)

11. Se ha risposto “Sì” alla domanda precedente, **quanto rapidamente** lei che lo assiste ha riconosciuto che i problemi respiratori o il gonfiore alle caviglie fossero dei sintomi dello scompenso cardiaco?

Non li ha avuti	Non li ho riconosciuti	Non rapidamente	Abbastanza rapidamente	Rapidamente	Molto rapidamente
N/A	0	1	2	3	4

Se la persona assistita ha affanno o caviglie gonfie, con che probabilità lei che lo assiste **raccomanda (o mette in atto)** uno dei seguenti rimedi?

	Improbabile	Abbastanza probabile	Probabile	Molto Probabile
12. Ridurre il sale nella dieta	1	2	3	4
13. Bere di meno	1	2	3	4
14. Prendere una compressa di diuretico in più (per urinare di più)	1	2	3	4
15. Chiamare il medico o l'infermiere per chiedere cosa fare	1	2	3	4

16. Pensi all'ultima volta in cui lei ha provato uno dei rimedi appena elencati a causa dell'affanno o delle caviglie gonfie.

Quanto è sicuro/convinto che il rimedio attuato sia stato utile alla persona che assiste?

Non ho attuato alcun rimedio	Non sicuro	poco sicuro	sicuro	molto sicuro
0	1	2	3	4

SEZIONE C:

In generale, **in riferimento alla persona che assiste**, lei ritiene di essere in grado di:

	No	Qualche volta	Frequente mente	Quasi sempre
17. Prevenire l'insorgenza dei sintomi dello scompenso cardiaco?	1	2	3	4
18. Seguire i consigli terapeutici che sono stati dati?	1	2	3	4
19. Valutare l'importanza dei sintomi dello scompenso cardiaco?	1	2	3	4
20. Riconoscere i cambiamenti della salute della persona che assiste?	1	2	3	4
21. Fare qualcosa per alleviare i sintomi dello scompenso cardiaco?	1	2	3	4
22. Valutare l'efficacia dei rimedi attuati?	1	2	3	4

Vellone E, Riegel B, Cocchieri A, Barbaranelli C, D'Agostino F, Glaser D, Rocco G, Alvaro R. *Validity and Reliability of the Caregiver Contribution to Self-Care of Heart Failure Index*. Journal of Cardiovascular Nursing 2013; 28(3): 245–255.

Allegato 2

The comparison of the mean scores of total QOL and its dimensions between the experimental and control groups before and after the self-management education

QOL	Time	Groups		p-value
		Intervention (n=30); Mean (SD)	Control (n=30); Mean (SD)	
Symptoms and their severity	Before	11.30 (3.13)	12.97 (3.41)	0.06
	After	13.53 (3.18)	13.03 (3.54)	0.567
	p-value	< 0.001*	0.85	
Physical limitations	Before	8.63 (1.99)	9.70 (2.32)	0.061
	After	9.50 (1.63)	9.87 (2.21)	0.468
	p-value	0.039*	0.517	
Social interference	Before	9.66 (1.66)	9.40 (1.40)	0.506
	After	10.87 (1.17)	9.77 (1.57)	0.003*
	p-value	< 0.001*	0.062	
Psychological condition	Before	6.43 (1.56)	6.30 (1.64)	0.749
	After	7.67 (1.42)	6.73 (1.25)	0.009*
	p-value	< 0.001*	0.085	
Self-efficacy and knowledge	Before	3.20 (1.39)	3.53 (1.22)	0.33
	After	4.63 (0.99)	3.43 (1.07)	<0.001*
	p-value	< 0.001*	0.522	
Life satisfaction	Before	2.60 (0.67)	2.37 (0.56)	0.15
	After	2.73 (0.52)	2.20 (0.71)	0.002*
	p-value	0.326	0.231	
Total	Before	39.23 (5.83)	41.90 (7.53)	0.13
	After	46.20 (5.74)	42.83 (7.24)	0.051
	p-value	< 0.001*	0.175	

Allegato 3

Four-week self-regulation programme reporting according to the American Heart Association Taxonomy.

Taxonomic domain	Self-regulation programme
Intervention recipient Patient population	<p>Patients</p> <p>Diagnosis of heart failure, New York Heart Association class I–III, mean age: 68.54 years</p> <p>Patients were excluded if they</p> <ul style="list-style-type: none"> • had a diagnosis of cancer or mental illness • had a diagnosis of lung disease, such as asthma or chronic obstructive pulmonary disease, or renal failure
Intervention content	<p>One educational session on the self-regulation programme including an overview of heart failure, self-care behaviour (medication adherence, diet, weight control, symptom monitoring and management), and the self-regulation process</p> <p>Self-regulation handbook</p> <p>Eight telephone follow-up counselling sessions to monitor patients' self-care behaviour, symptom management, and the implementation of self-regulation</p>
Delivery personnel Method of communication	<p>A senior nurse with clinical experience in cardiovascular nursing</p> <p>Face-to-face: individual</p> <p>Telephone: in person</p>
Intensity and complexity	<p>Patients were followed up for 8 weeks.</p> <p>Patient contact occurred during</p> <ul style="list-style-type: none"> • one meeting • telephone calls twice per week for 4 weeks
Environment Clinical outcomes	<p>Home-based, outpatients</p> <p>Self-care behaviour</p>

Allegato 4: Iranian Heart Failure Quality of life Questionnaire (IHF QOL)

La IHF QOL è un questionario di valutazione della qualità di vita in pazienti con SC formato da 16 voci, le domande 1-4 e 6 servono a misurare i sintomi della malattia e la loro gravità (punteggio 5-20); la domanda 7 riguarda le limitazioni fisiche nello svolgimento delle attività (punteggio 5-15); le domande 8, 10, 12 e 13 riguardano le interferenze sociali (punteggio 4-12); le domande 5, 9 e 11 riguardano le condizioni psicologiche (punteggio 3-10); le domande 14 e 15 la conoscenza e l'autoefficacia (punteggio 2-6) e la domanda 16 la soddisfazione della qualità di vita del paziente (punteggio 1-3).